

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THESE

N°

290

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Avril 1905, à 1 heure.

PAR

Guillaume-Alphonse RODDIER

LES

Corps étrangers de l'Esophage

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. LE DENTU, professeur

*Juges : } MM. POIRIER, professeur
BAR, agrégé
MARION, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladies des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	}	LE DENTU.
		TILLAUX.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGREY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	PRON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat)
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale

A la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Les corps étrangers de l'œsophage chez les enfants

INTRODUCTION

Les corps étrangers de l'œsophage sont relativement fréquents chez les enfants qui ont la mauvaise habitude de porter à leur bouche tous les objets qui leur tombent sous la main ; il nous a paru intéressant d'aborder l'étude de ces accidents avec leurs conséquences trop souvent fatales et le traitement qu'on leur doit opposer, pour en faire le sujet de notre thèse.

Nous envisagerons les différents moyens mis en œuvre pour débarrasser le tube œsophagien de l'objet qui s'y est arrêté ; nous nous appesantirons surtout sur le traitement sanglant, l'œsophagotomie externe, opération rarement pratiquée autrefois mais qui depuis une quinzaine d'années a permis d'extraire de l'œsophage de nombreux corps étrangers, dans des cas où les procédés ordinaires avaient été impuissants ou lorsqu'il a paru irrationnel et

dangereux de tenter l'extraction par les voies naturelles avec les nombreux instruments visant ce but.

Les excellents résultats obtenus par l'œsophagotomie externe font que les chirurgiens tendent de plus en plus à recourir précocement à cette opération et montrent combien a été exagérée la crainte des risques qu'une telle intervention faisait courir à l'enfant.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous nous faisons un devoir d'apporter ici nos remerciements aux maîtres qui nous ont toujours guidé de leurs bienveillants conseils dans le cours de nos études médicales.

Nous avons passé deux ans à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, et nous n'oublierons jamais les nombreuses marques de sollicitude et d'intérêt que MM. les professeurs Bousquet, Du Cazal, Lepetit, Bide, Planchard, Fouriaux, Billard, Tixier, Cavalié, nous ont toujours témoignées : nous les en remercions bien sincèrement.

Nous voulons aussi assurer de notre gratitude nos maîtres de Paris, M. le Dr Moutard-Martin qui nous a appris dans son service de la Charité à examiner les malades avec soin et méthode, et M. le Dr Lepage qui nous a enseigné la pratique des accouchements.

Nous avons fait notre stage spécial chez M. Sébileau : le soin et le dévouement avec lesquels il nous a appris à connaître et à soigner les affections de l'oreille, du nez, du larynx et du cou lui ont acquis toute notre reconnaissance. Il nous a inspiré le sujet

de notre thèse et nous a prodigué ses conseils éclairés qui nous ont été d'une grande utilité dans la préparation de ce travail, il a mis en outre à notre disposition ses observations particulières ; nous ne l'oublierons jamais.

M. le professeur Le Dentu a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en adressons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE I

L'œsophage infantile : son calibre, sa longueur, ses rétrécissements.

Il est nécessaire de connaître les dimensions de l'œsophage de l'enfant pour bien se rendre compte de la distension que lui fait subir le corps étranger dégluti dont on connaîtra dans presque tous les cas la nature soit par les commémoratifs, soit par la radiographie ou la radioscopie : du rapport existant entre le volume du corps et le calibre de l'œsophage découleront d'utiles indications pour le choix du traitement.

Cliniquement, l'œsophage peut être considéré comme un tube rectiligne. Son diamètre minimum chez le nouveau-né serait, d'après les recherches de Mouton (1), de quatre millimètres.

Lesbini (2) a donné les chiffres suivants comme limites extrêmes de dilatation du tube œsophagien aux différents âges :

1. Mouton. Thèse de Paris, 1874.

2. Lesbini. Thèse de Paris, 1873.

De 2 à 5 ans,	15 millimètres;
De 5 à 8 ans,	16 millimètres;
De 8 à 13 ans,	18 millimètres;
De 13 à 15 ans,	19 millimètres.

M. Sébilleau (1), dans une communication à la Société de Chirurgie, dit : « Jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de huit ans, l'extrême dilatation que peut transversalement subir l'œsophage des enfants est de 25 millimètres environ. » D'après le même auteur, ce chiffre doit être porté à 28 millimètres pour les enfants de 8 à 10 ans.

Au point de vue de l'étude que nous poursuivons la longueur de l'œsophage nous présente peu d'intérêt : nous donnons cependant quelques mensurations, en ayant soin de noter spécialement les dimensions de la portion cervicale, portion sur laquelle est pratiquée l'œsophagotomie dans la presque unanimité des cas :

Nouveau-né	9 cm. 1/2 (Morosow)
A 2 mois	10 cm. (Klauss)
A 2 ans	13 cm. 1/2 (Klauss)
A 3 ans	20 cm. 1/2 (Klauss)

Lemaistre (2) donne des dimensions un peu supérieures :

Nouveau-né, 12 cm. dont 3,5 pour la portion cervicale.

1. Sébilleau. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*. Séance du 14 janvier 1903.

2. Lemaistre. *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, 10 et 17 juin 1897.

A 6 mois, 13 cm. dont 4,5 pour la portion cervicale.

Mais l'œsophage n'est pas un tube de calibre uniforme sur toute sa longueur : il présente une série de rétrécissements qui jouent un grand rôle au point de vue de la localisation des corps étrangers. Ces rétrécissements sont au nombre de quatre : le supérieur correspond à l'union du pharynx et de l'œsophage, il est très peu serré et les corps étrangers arrêtés à ce niveau sont plutôt intrapharyngés qu'œsophagiens. Il est d'ailleurs rare que l'arrêt se produise à ce niveau.

Dans le plus grand nombre de cas, c'est au niveau du deuxième rétrécissement, au point où l'œsophage croise l'aorte, que le corps étranger se trouve immobilisé. La radiographie le montre alors à la base du cou, au niveau de la fourchette sternale. M. Sébilleau a pu le constater quatre fois sur cinq malades qu'il a opérés. C'est aussi ce que confirment les trois observations de M. G. Gross (1) et les cas rapportés par Channac (2) où onze fois sur douze une pièce de monnaie s'était arrêtée au niveau du deuxième rétrécissement. Bérard (3) a pratiqué six œsophagotomies chez des enfants : six fois le corps étranger siégeait au niveau de la fourchette sternale.

1. G. Gross. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1903.

2. Channac. Thèse de Lyon, 1901.

3. Bérard. *Lyon médical*, 1904, p. 1287, 1^{er} semestre.

Quelquefois le corps étranger a pu franchir le deuxième rétrécissement, mais s'est trouvé arrêté par le troisième dû au passage de la bronche gauche flanquée de ses ganglions ; c'est ce qu'a rencontré M. Sébilleau chez le malade de l'observation V.

Il est exceptionnel que le rétrécissement provoqué par le diaphragme retienne les corps étrangers.

Boileau (1) a observé chez un adulte un corps étranger alimentaire qui s'était arrêté dans l'œsophage au cours de vomissements, alors que peu de temps auparavant il avait pu traverser ce conduit sans inconvénient et parvenir jusqu'à l'estomac. Nous ne connaissons pas de faits semblables chez les enfants.

1. Boileau. Observations de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. *Archives générales de médecine*, Paris, 1830. Tome XXIII, p. 528.

CHAPITRE II

Nature des corps étrangers. — Symptômes.

La nature des corps étrangers est très variable car les enfants ont la mauvaise habitude de tout porter à leur bouche. Ce sont les pièces de monnaie qui forment le plus grand nombre de corps étrangers, puis viennent les boutons. Devant l'impossibilité d'une statistique complète, nous nous contenterons de mentionner par ordre de fréquence les objets dont l'extraction a nécessité l'œsophagotomie externe chez les soixante-dix-sept enfants dont les observations ont été rassemblées par Balacesco et Cohn (1) et nous y ajouterons sept pièces de monnaie dont six furent extraites par M. Bérard et une par M. Sébileau.

Pièces de monnaies.	45
Boutons.	12
Noyaux de fruits.	4
Os.	4
Sifflets	3

1. Balacesco et Cohn. *Revue de Chirurgie*, septembre et octobre 1904. Janvier et février 1905.

Pincés de cravates.	2
Pierre.	1
Aiguille.	1
Épingle.	1
Médaille et épingle.	1
Hameçon.	1
Rondelle métallique de la grandeur d'une pièce de francs.	1
Disque de plomb.	1
Broche de plomb.	1
Petite roue de chemin de fer d'enfant.	1
Pièce de cuivre.	1
Capsule métallique.	1
Morceau de fer.	1
Roulette d'acier.	1
Inconnu.	1

Les phénomènes réactionnels sont différents suivant le volume, la forme, les saillies que présentent les objets avalés. Les corps d'un volume beaucoup trop supérieur au calibre œsophagien seront arrêtés par le premier rétrécissement : ils seront en réalité intrapharyngien et donneront lieu à de la toux et à des vomissements qui les expulseront par la voie buccale, à moins que leurs aspérités ne les aient accrochés aux parois pharyngiennes ; en tous cas il seront facilement accessibles et une pince et même le doigt recourbé en forme de crochet pourront les extraire.

Il en est tout autrement pour les corps dont le diamètre est sensiblement égal ou même un peu supérieur au diamètre œsophagien. La pénétration nécessite

un effort de déglutition suffisant pour forcer l'entrée de l'œsophage en la dilatant, puis le corps étranger restera fixé dans le conduit en raison de son volume même. On voit donc que, de par l'impulsion qu'il possède, un corps étranger même volumineux pourra pénétrer dans un œsophage qui semble en réalité trop petit pour le recevoir.

Le corps étranger est dans l'œsophage ; que va-t-il devenir ? Trois solutions peuvent alors se présenter :

1° Sa présence détermine des phénomènes de toux et de vomissements qui lui font refaire en sens inverse le chemin parcouru ;

2° Ou bien les choses se passent plus simplement encore : les efforts de déglutition continuent et entraînent le corps étranger dans l'estomac d'où il passe dans l'intestin qu'il parcourt sans provoquer le moindre incident comme on a pu le constater bien des fois ;

3° Dans les autres cas, l'expulsion spontanée est impossible : l'objet dégluti est retenu dans l'œsophage soit par son volume, soit par ses irrégularités, soit par les lésions inflammatoires qui se développent rapidement autour de lui.

Lorsque le corps étranger pénètre dans l'œsophage, l'enfant présente habituellement quelques accès de suffocation qui peuvent faire croire s'ils se prolongent à l'obstruction du larynx ou de la trachée ; mais au bout de quelques instants, dès que le corps étranger a pu s'enfoncer plus profondément dans l'œsophage,

le calme se rétablit, la respiration redevient normale. Dans quelques cas une dyspnée légère persiste : rarement son intensité est telle qu'elle nécessite une intervention immédiate. Habicot, au xviii^e siècle, fut cependant obligé de pratiquer la trachéotomie sur un enfant étouffé « par neuf pistoles empaquetées dans un linge, qu'il avait avalées de peur des voleurs ».

Une fois la crise passée, les petits malades ressentent une douleur au point où séjourne le corps étranger ; cette douleur est exagérée par la déglutition et la palpation, mais elle est en général de peu de durée : une malade de M. Sébilleau que son âge, 8 ans, permettait d'interroger n'avait ressenti de douleurs que pendant quelques heures ; après l'accident qui eut lieu le soir, elle ne dormit pas de la nuit.

Il faut attribuer cette tolérance rapide à l'absence, à peu près complète jusqu'à l'âge de 12 ou 13 ans, du spasme qui chez l'adulte devient une complication sérieuse et fréquente.

Pour le même motif la dysphagie est rarement complète ; les liquides arrivent toujours à se frayer un passage, très souvent sans causer la moindre gêne. Les bouillies et les purées peuvent dans bien des cas faire partie de l'alimentation des enfants porteurs de corps étrangers. Les aliments solides arrivent rarement à franchir l'obstacle : ils sont rejetés par les vomissements qu'ils provoquent.

Les corps étrangers plats, comme les pièces de

monnaie par exemple, se placent toujours dans l'œsophage verticalement et en travers. Ils laissent alors en arrière d'eux, en avant de la paroi postérieure du conduit une rigole, un passage pour les aliments. D'où l'effacement du symptôme dysphagie. C'est ce qu'a bien montré M. le professeur Kirmisson (1).

G. Gross (2) a rencontré deux fois une disposition différente : le corps étranger (pièce de monnaie) était accolé à la paroi postérieure de l'œsophage et la coulée alimentaire se faisait en avant de lui.

La tolérance si remarquable que présentent les enfants pour les corps étrangers peut durer plus ou moins longtemps ; elle est parfois si complète que les parents oublient totalement l'accident, au grand préjudice de l'enfant, et que des médecins même ont pu croire au passage de l'objet avalé dans l'estomac surtout lorsque le cathétérisme de l'œsophage n'avait donné aucun renseignement et que manquait le contrôle de la radiographie. Mais après des semaines, des mois, des années même, la tolérance cesse, des accidents éclatent d'une gravité telle que, bien souvent, le petit patient ne pourra pas bénéficier d'une intervention. C'est ce que les cas heureux dans lesquels l'expulsion spontanée a pu avoir lieu longtemps après l'accident ne doivent pas nous faire oublier.

1. Kirmisson. *Bull. de la Société de chirurgie*, 26 juil. 1899, p. 787.

2. G. Gross. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Paris, février 1903, p. 62.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Le diagnostic des corps étrangers de l'œsophage n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le supposer.

Si les commémoratifs sont ici d'une grande utilité, il ne faut pas cependant accorder une confiance illimitée aux racontars des parents qui viennent vous dire que leur enfant vient d'avaler tel ou tel objet. Ils n'ont pas toujours été témoins de l'accident et leurs affirmations dans bien des cas doivent être tenues pour suspectes. Témoin le fait rapporté par Briaïs (1) dans sa thèse : « Une femme affolée vint un jour dans le service de notre maître, le Dr Felizet ; elle racontait qu'elle était seule dans sa chambre avec son enfant et qu'en quelques secondes une pièce de 2 francs qu'elle avait posée sur un meuble avait disparu. Il n'y avait pas de doute possible : l'enfant avait pris la pièce, l'avait portée à sa bouche et l'avait avalée. Notre crédulité fut surprise et cela d'autant plus aisément que la fillette, à force d'entendre sa

1. Briaïs. Thèse de Paris, 1897.

mère la plaindre, s'était suggestionnée et elle accusait de violentes douleurs au niveau de l'épigastre.

« Un traitement fut institué, qui fut sans résultat jusqu'au jour où la mère retrouvait sous un meuble la pièce de monnaie qu'elle n'avait pas songé à chercher. »

La palpation du cou permet parfois d'arriver sur un corps dur, mais souvent elle ne révèle que de la douleur ; douleur attribuable d'ordinaire à l'œsophagite ou à la périœsophagite déterminée par le séjour du corps étranger ou simplement aux lésions qu'a produites son passage.

Le cathétérisme nous sera d'une bien plus grande utilité pour la recherche du corps étranger et pour sa localisation. L'instrument le plus commode est la sonde à olive, lorsqu'on l'aura sous la main on pourra employer le résonnateur de Colin. Les différents instruments destinés à l'extraction par la voie buccale serviront aussi à nous donner ce renseignement. Mais il ne faut pas compter d'une façon absolue sur les résultats fournis par le cathétérisme : la sonde a bien pu des fois cheminer dans l'œsophage sans rencontrer ni à l'aller ni au retour le corps étranger même volumineux qui y séjournait, soit que ce dernier fût recouvert de mucosités, soit qu'il laissât en avant ou en arrière de lui un espace suffisant pour le libre passage de la sonde.

Le cathétérisme n'est pas toujours sans danger ; il doit être fait avec une très grande douceur et encore faut-il redouter les fausses routes et les déchi-

tures possibles dans un œsophage ulcéré et ayant subi un processus d'inflammation d'autant plus grave que le séjour du corps étranger remonte à une date plus éloignée.

A ce sujet, M. Sébilleau (1) déclare : « Le cathétérisme n'est justifié que par l'impossibilité d'utiliser la radiographie. Là où celle-ci est réalisable, il devient inutile et par conséquent condamnable. D'ailleurs il n'est pas rare que des corps volumineux lui échappent. A. Broca, Péan, Jalaguier, Nathan Raw, Francis Johnston et Thurston Holland en ont rapporté des exemples et récemment Killian rappelait après Von Hacker que l'olive elle-même peut glisser en arrière du corps étranger sans le rencontrer. »

C'est à la radiographie que nous aurons recours chaque fois que nous le pourrons, et dans tous les cas où le corps étranger ne se laissera pas traverser par les rayons X elle fixera notre diagnostic tout en nous donnant les indications les plus précises sur la forme et la localisation de l'objet avalé. Elle nous dictera notre ligne de conduite et ainsi seront conjurées les conséquences trop souvent fatales que détermine dans l'œsophage, le séjour d'un corps étranger ignoré.

La radioscopie permettant de se rendre compte extemporanément de la situation du corps étranger nous sera très utile pour suivre ses migrations et

1. Sébilleau, *loc. cit.*

chaque œsophagotomie devra être précédée d'une radioscopie pour vérifier si le passage du corps étranger dans l'estomac n'a pas rendu inutile l'intervention. Tel est l'enseignement qui se dégage de l'observation V. L'œsophagotomie externe ne permet pas à M. Sébilleau d'arriver sur une pièce de monnaie qu'une radiographie montrait située en avant des troisième et quatrième vertèbres dorsales, la radioscopie fit voir sur-le-champ la pièce de monnaie dans l'abdomen.

Le calibre de l'œsophage de l'enfant ne permet guère d'utiliser chez lui l'œsophagoscopie qui chez l'adulte a rendu de grands services tant pour la recherche que pour l'extraction des corps étrangers.

CHAPITRE IV

Lésions et complications.

Nous avons vu que la majorité des corps étrangers étaient des corps plats, situés transversalement dans l'œsophage et laissant, soit en avant, soit en arrière d'eux, un espace par où s'effectuait le passage des aliments. Les bords du corps étranger sont alors en contact avec les parois latérales de l'œsophage seulement : « C'est donc sur les parois latérales et autour d'elles que siègent les lésions provoquées par le corps étranger. On a coutume de dire que ce corps étranger par la pression qu'il exerce, détermine l'inflammation, puis l'ulcération de la muqueuse et que les parois de l'œsophage sous l'influence de la putréfaction des résidus alimentaires sont envahies par le pus, d'où formation d'un abcès qui ne tarde pas à devenir médiastinal.

« Ce processus n'est pas, je crois, le processus ordinaire ; au moins ne répond-il pas aux constatations que j'ai faites. Il est du reste en contradiction avec ces deux points très connus de l'histoire des corps étrangers de l'œsophage : le premier, c'est que beaucoup de ces corps étrangers sont longtemps

tolérés; le second, c'est qu'on les a vus très souvent pénétrer dans un organe voisin de l'œsophage par simple usure des parois sans formation purulente. » Sébilleau (1).

M. Sébilleau a constaté chez trois malades qu'il a opérés des adhérences plus ou moins solides qui unissaient les parois de l'œsophage à la gaine péri-vasculaire et même à la paroi de la carotide primitive et il dit que dans ces cas « les lésions anatomiques provoquées par le corps étranger ressortissaient au degré près au même processus : amincissement et ramollissement des tuniques œsophagiennes et réaction inflammatoire non suppurée du tissu cellulaire péri-œsophagien conduisant par étapes à l'adhérence puis à la fusion de l'œsophage avec la « séreuse péri-vasculaire » et plus tard avec la carotide elle-même.

« Les parois de l'œsophage résistent donc d'une manière suffisante à la compression, à l'infection et au travail de nécrose progressive qui les atteint, pour permettre à des lésions de défense de s'organiser autour d'elles. »

Si, grâce à ces lésions de défense, il n'y a pas de danger immédiat au séjour du corps étranger, si parfois même, dégagé par l'amincissement des parois œsophagiennes, ce dernier a pu tomber dans l'estomac, la possibilité d'un dénouement aussi heureux ne doit pas nous faire adopter la temporisation même lorsque l'innocuité du début semblera complète, car

1. Sébilleau, *loc. cit.*

les complications les plus graves sont toujours à redouter

A côté des phlegmons du cou et des abcès médiastinaux ayant pour point de départ la présence d'un corps étranger dans l'œsophage, les hémorragies par perforation des vaisseaux voisins et les fistules broncho et trachéo-œsophagiennes occupent une grande place. Malkassian (1) rapporte dans sa thèse neuf cas de fistule trachéo-œsophagienne avec sept morts et deux guérisons et un cas de fistule broncho-œsophagienne guérie. Six malades n'avaient subi aucune intervention pour l'extraction de leur corps étranger : tous sont morts. Il faut noter que ces accidents sont provoqués aussi bien par les corps arrondis et lisses que par les corps munis d'aspérités.

Une autre complication à redouter est la névrite des nerfs récurrents pour les troubles de la phonation et surtout de la respiration qui en sont la conséquence. L'observation IV nous montre les dangers d'une pareille lésion, les accès de suffocation prirent une telle intensité que la trachéotomie fut nécessaire ; plusieurs mois après la fonction n'était pas encore revenue complètement.

La dysphagie peut être suffisamment accentuée pour empêcher à peu près complètement l'alimentation. Une inanition rapide en sera la conséquence. L'observation de Lemaistre, que nous reproduisons, montre à quel état de faiblesse la présence, depuis

1. Malkassian. Thèse de Nancy, 1902.

quatorze jours, d'un corps étranger dans l'œsophage avait réduit son petit malade. Balacesco et Cohn (1) citent même des cas de mort par inanition.

Pour éviter tous ces désordres graves l'intervention devra être précoce. C'est le précepte que M. le professeur Terrier (2) formulait dès 1870 : « Comme pour une hernie étranglée, ne quittez le malade que débarrassé de son corps étranger par extraction, propulsion ou œsophagotomie externe, d'autant mieux que cette opération n'est pas difficile et surtout qu'elle n'offre pas les grands dangers mentionnés par les classiques. »

1. Balacesco et Cohn, *loc. cit.*

2. Terrier. Thèse de Paris, 1870.

CHAPITRE V

Traitement.

On a reconnu la présence d'un corps étranger dans l'œsophage ; l'indication thérapeutique est formelle : ce corps étranger doit être extrait. En même temps qu'ils nous font porter un diagnostic certain, les commémoratifs, le cathétérisme ou la radiographie nous ont renseigné sur la nature du corps étranger, ses dimensions et sa forme. Un autre élément important à connaître est la durée de son séjour dans l'œsophage. En possession de tous ces renseignements, nous serons à même de choisir pour chaque cas un traitement approprié.

Pour les corps de petit volume et absolument lisses, la propulsion vers l'estomac réussira souvent et ne présentera aucun danger si elle est faite avec toute la douceur voulue. Le malade expulsera son corps étranger dans une selle dans les jours qui suivront, une purgation pourra en hâter la sortie. Les instruments les plus simples et les plus commodes pour la propulsion sont la sonde à olive ou l'éponge montée sur une baleine. Lorsque l'on emploiera l'éponge on aura soin de la fixer solidement pour

éviter qu'elle ne constitue un second corps étranger en se détachant dans le conduit œsophagien.

La propulsion par administration d'aliments formant pâte ou de mie de pain que beaucoup de médecins ont employés lorsqu'il s'est agi d'aiguilles ou d'épingles ne nous semble une pratique recommandable qu'à défaut de tout autre moyen d'intervention et en attendant qu'il soit possible d'agir d'une façon efficace, c'est-à-dire de pratiquer dans ces cas l'œsophagotomie externe.

Pour les autres cas, il convient de diviser les corps étrangers en corps lisses et réguliers (pièces de monnaie, boutons) et en corps munis d'aspérités, irréguliers (broches, fragments d'os, etc.).

Pour les corps lisses, l'extraction par les voies naturelles pourra être tentée, mais à la condition qu'il ne se sera écoulé que très peu de temps depuis l'accident. Les lésions d'œsophagite et de périœsophagite qu'a rencontrées Sébilleau chez les enfants qu'il a opérés, lésions qui se développent très rapidement, sont une contre-indication sérieuse à l'emploi des instruments imaginés pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. « Je n'aime pas, dit M. Sébilleau (1), cette méthode aveugle (qui peut devenir brutale dans les mains les plus douces), dès qu'on est en droit de soupçonner une sérieuse altération des parois de l'œsophage. De ce qu'elle réussit dans un certain nombre de cas, il ne s'ensuit nulle-

1. Sébilleau, *loc. cit.*

ment qu'elle soit en règle générale recommandable. »

De nombreux procédés ont été imaginés pour l'extraction des corps étrangers par les voies naturelles. Il est des cas particuliers où l'ingéniosité du praticien sera couronnée de succès là où tous les procédés classiques n'ont pu réussir. Je ne veux, pour preuve, que citer le fait de Bright : Un enfant en jouant laissa tomber un hameçon dans l'œsophage d'un de ses petits camarades. Bright prit une balle de plomb, la perfora, l'enfila au crin qui tenait l'hameçon ; et sur le crin comme conducteur il laissa glisser cette balle qui par son poids descendit, détachant l'hameçon.

M. Felizet (1) emploie dans son service le procédé suivant qui lui a donné de bons résultats : « Nous pratiquons, dit-il, le cathétérisme avec une sonde urétrale à béquille du n° 18. Le contact une fois pris, nous imprimons à l'extrémité de la sonde des mouvements de rotation qui l'insinuent comme une vrille jusqu'au delà de l'obstacle, jusqu'à l'estomac. Nous injectons alors suivant l'âge de l'enfant 200, 500, 800 grammes d'eau boriquée tiède et nous retirons doucement la sonde. Elle accroche au retour la pièce de monnaie, tandis que nous continuons notre irrigation : un effort de vomissement survient, il achève de dégager le corps étranger que nous enlevons avec une singulière facilité en retirant la sonde. »

1. Felizet, *loc. cit.* In *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby, tome V, 1904.

Pour effectuer la manœuvre conseillée par M. Delbet on introduit dans l'œsophage une sonde urétrale à l'extrémité terminale de laquelle est fixé un fil, maintenu parallèle à la sonde. Quand cette extrémité a dépassé le corps étranger, une légère traction exercée sur le fil replie la sonde qui est ainsi retirée et peut ramener devant elle le corps étranger.

Les instruments spéciaux destinés à l'extraction des corps étrangers par les voies naturelles sont nombreux, la plupart sont peu employés chez les enfants ; nous ne retiendrons que le panier de Graefe et le crochet de Kirmisson.

M. le professeur Kirmisson (1) a fait construire un crochet d'un volume en rapport avec le calibre œsophagien de l'enfant, qui lui a permis d'extraire de nombreuses pièces de monnaie. L'instrument pénètre facilement dans l'œsophage si l'on a soin de lui faire suivre sa paroi postérieure : il s'engage alors dans la rigole par où passent les aliments, rigole qui se trouve entre le corps étranger et la paroi postérieure, comme l'a montré M. Kirmisson. De cette façon, l'œsophage n'a pas à subir un surcroît de distension, grief sérieux que l'on fait au panier de Graefe. De plus le crochet, s'il n'a pas ramené la pièce de monnaie dans tous les cas, a toujours pu être retiré.

Le panier de Graefe de petit volume pour l'extrac-

1. Kirmisson. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1889, p. 787.

tion des corps étrangers de l'œsophage chez les enfants est de plus en plus abandonné, à cause des nombreux insuccès qu'on lui doit et des complications graves qu'il a provoquées. Nombreux sont les chirurgiens qui ont signalé ses inconvénients. Felizet dut recourir un jour au procédé de l'éponge pour extraire une pièce de 1 franc et le panier de Graefe qui étaient restés accrochés. Jalaguier (1), à l'occasion d'un rapport sur une œsophagotomie se félicite de n'avoir pu passer le panier de Graefe : « J'aurais certainement, dit-il, éprouvé les plus grandes difficultés à le retirer et j'aurais sans nul doute produit des dégâts considérables. »

MM. les professeurs Poirier et Paul Segond ont pratiqué chacun une œsophagotomie externe pour extraire un corps étranger et le panier de Graefe qui s'était accroché sous ce corps étranger.

Récemment, M. Sébilleau (2) a rapporté à la Société de Chirurgie l'observation d'un enfant de deux ans et demi qui venait de succomber dans son service à la suite de tentatives d'extraction d'un corps étranger à l'aide du panier de Graefe. A propos de cette observation, il fait les remarques suivantes sur l'insécurité de cette méthode : « L'opérateur ici ne saurait être mis en cause : dans une intervention aussi aveugle, nous avons tous, à peu de choses près, la même

1. Jalaguier. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 15 mars 1893.

2. Sébilleau. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 14 et 21 décembre 1904.

habileté ou plutôt la même inhabileté opératoires, et nous sommes nécessairement soumis à des contingences contre lesquelles nos qualités personnelles ne peuvent rien. Certes, dans le cas particulier, la déchirure ne se serait pas produite si le panier n'avait pas été retiré. Mais l'extraction des corps étrangers par les voies naturelles est précisément une opération aléatoire au cours de laquelle il est impossible de savoir si l'on doit ou non s'arrêter. Toujours elle nécessite un effort d'extraction, toujours elle offre une résistance à vaincre. Eh bien, où est la limite de l'effort à donner ? Où commence la résistance devant laquelle on a le devoir de s'arrêter ? A quelle sensation précise reconnaît-on qu'on peut tirer sur l'obstacle, ou bien au contraire abandonner l'instrument, et, au premier corps étranger, en ajouter un second, le panier.

« En réalité on peut dire que, pratiquement, par le seul fait qu'on commence une extraction par les voies naturelles, on est amené par la force des choses et pour ainsi dire malgré soi à la terminer — au moins en ce qui concerne l'instrument — et c'est précisément ce qui fait le danger de cette opération. »

Jalaguier conseille de recourir à l'anesthésie lorsque l'on voudra pratiquer des manœuvres d'extraction par les voies naturelles sur des enfants : ces manœuvres seront exécutées avec plus de sûreté de main et beaucoup plus facilement.

S'il ne s'agit pas de corps mousses, réguliers, si l'objet avalé présente des pointes plus ou moins

vives, comme des fragments d'os, des broches, des aiguilles, toute tentative d'extraction par les voies naturelles sera dangereuse : l'œsophagotomie externe s'impose d'emblée ; elle seule pourra éviter les déchirures que le corps étranger ne manquerait pas de produire sous la poussée de l'instrument extracteur.

Les indications de l'œsophagotomie externe sont donc les mêmes que les contre-indications de l'extraction par les voies naturelles seront justiciables de l'œsophagotomie :

1^o Les corps étrangers irréguliers, pointus, munis d'aspérités tels que os, broches, épingles ;

2^o Les corps étrangers qui séjournent depuis longtemps dans l'œsophage ;

3^o Nous ajouterons à cette liste les corps étrangers qui ont résisté aux tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Nous avons dit que les corps étrangers qui séjournent depuis longtemps dans l'œsophage doivent être extraits par œsophagotomie. Combien de temps après l'accident, l'indication de l'intervention sanglante s'imposera-t-elle d'emblée ? Jusqu'à quel moment l'extraction par les voies naturelles ne fera-t-elle courir aucun danger à l'enfant ? C'est une question difficile à résoudre. M. Sébilleau, chez les malades des observations II et III pratiqua d'emblée l'œsophagotomie sans essayer la moindre manœuvre d'extraction par les voies naturelles.

« Là, en effet, dit-il la présence du corps étranger

remontait à trois et cinq semaines et j'en ai assez dit de l'état anatomique dans lequel étaient les parois œsophagiennes pour rendre évidents les dangers qu'aurait fait courir aux petits malades l'emploi du panier de Graefe et, d'une manière générale, de tous les instruments imaginés pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. » Sur l'enfant de l'observation IV, une tentative d'extraction avait été tentée sans résultat avec le panier de Graefe et le crochet de Kirmisson : l'accident avait eu lieu 10 jours auparavant. « Je crois, dit M. Sébilleau, qu'appliqués au cas particulier, ces procédés de douceur étaient justifiés, puisque le corps étranger n'avait, à l'heure où on les appliquait, séjourné qu'une semaine et demie dans l'œsophage ; personnellement je ne les aurais cependant pas employés. »

Curtillet (1) donne pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage la règle suivante :

Pendant les deux premiers jours l'extraction se fera avec la plus grande facilité, parce que le sou n'est pas encore enchatonné. En cas d'insuccès ou d'outillage insuffisant, le refoulement pourra être pratiqué et sera sans doute toujours suivi d'une élimination rapide.

Du deuxième au quatrième jour la conduite à tenir pourra être la même mais à la condition d'agir avec une très grande douceur et de cesser toute manœuvre d'extraction ou de refoulement si l'on rencontre

1. Curtillet, *Bulletin médical de l'Algérie*, juin 1903.

la moindre résistance, car ici les parois œsophagiennes peuvent être déjà entamées et achever de se rompre.

Au delà du quatrième jour, il est préférable de s'abstenir de toute tentative faite par les voies naturelles et de recourir à l'œsophagotomie externe qui offre moins de dangers.

Et il ajoute : les accidents que l'on a imputés au panier de Graefe sont dus bien plus souvent au temps perdu qu'à l'instrument lui-même. Quand on intervient dans les deux premiers jours (pour les pièces de monnaie) on ne court aucun risque si l'on emploie un panier dont les dimensions soient en rapport avec l'âge du malade.

L'œsophagotomie externe peut être cervicale ou thoracique. Nous avons vu que les corps étrangers siégeaient dans presque tous les cas au-dessous du cricoïde, au niveau de la fourchette sternale : c'est donc l'œsophagotomie externe cervicale que l'on aura à pratiquer presque exclusivement d'autant plus qu'elle permettra lorsque l'incision sera basse d'arriver jusque sur les corps arrêtés au niveau du rétrécissement dû à la bronche gauche. Lorsque l'obstacle siégera plus bas encore, l'opérateur aura à choisir entre la gastrotomie et l'œsophagotomie externe thoracique. Certains auteurs conseillent d'employer dans ces cas la gastrotomie combinée à l'œsophagotomie cervicale.

Nous empruntons à la communication de M. Sébileau la description de la technique opératoire de l'œsophagotomie externe cervicale.

« L'œsophagotomie externe sur les tous jeunes enfants n'est pas une opération difficile, mais c'est une opération délicate, parce que le champ dans lequel on manœuvre est un peu étroit. Ce qui en complique surtout la technique, c'est la péri-œsophagite qui fait adhérer les organes et modifie leurs caractères extérieurs. Ce point particulier ne ressort pas suffisamment de la lecture des descriptions classiques. La plupart de celles-ci paraissent un peu « platoniques », comme dit Felizet.

« Je conseille à l'opérateur d'inciser très bas, le plus bas possible. Sans doute, la découverte de l'œsophage est un peu plus difficile à la base du cou, à ras du plan sterno-claviculaire, car la tubulure aéro-digestive devient plus profonde à mesure qu'elle se rapproche du thorax. Mais le corps étranger est enclavé derrière le manubrium, quelquefois plus bas, et il y a tout intérêt à gagner sur lui. D'ailleurs, le cou de l'enfant est mince; les profondeurs y sont moindres; les muscles, qui en sont souples et grêles, se laissent facilement écarter; les opérations que l'on y pratique sont plus superficielles, si je puis ainsi dire, que sur l'adulte.

« Je ne prends donc qu'un point de repère, la fourchette sternale; c'est là que je termine ou que je commence mon incision, celle-ci suit le bord antérieur du sterno-mastoïdien; peu importe jusqu'où elle remonte, je la fais longue.

« La gaine du sterno-mastoïdien étant ouverte, je récline le muscle en dehors. Le chef sternal qui est si

gênant chez l'adulte et que récemment encore j'ai dû trancher pour me donner du jour dans une tentative d'œsophagotomie pour cancer, se laisse très facilement écarter chez l'enfant ; on le confie à un écarteur.

« Sur tout le champ opératoire, s'étale alors un mince feuillet aponévrotique (l'aponévrose omo-claviculaire) si mince qu'on voit à travers elle, en avant les fibres obliques en dehors et en bas du cleido-hyoïdien et en arrière les fibres et le tendon de l'omo-hyoïdien.

« C'est dans l'interstice, large ou étroit suivant les sujets, de ces deux muscles qu'il faut au-dessus de la clavicule, effondrer l'aponévrose et s'engager dans la profondeur.

« Même quand le cleido-hyoïdien et l'omo-hyoïdien restent éloignés l'un de l'autre, l'espace qui les sépare est encore trop petit pour permettre les manœuvres ; il faut donc les écarter. Ils se laissent d'ailleurs facilement récliner, quelquefois au prix de la déchirure de quelques-uns de leurs faisceaux. On peut les couper pour se donner plus d'aise comme chez l'adulte. Cela ne me fut jamais nécessaire. En relevant l'omo-hyoïdien on découvre ordinairement l'anastomose ansiforme hypoglosso-cervicale ; on la donne à l'écarteur qui maintient en dehors l'omo-hyoïdien.

« Voilà donc l'opérateur dans l'aire du triangle omo-claviculaire élargi, au milieu de la grande zone cellulaire du cou, derrière et autant que possible au-

dessous du corps thyroïde toujours petit chez l'enfant. C'est le paquet vasculo-nerveux que de suite il doit chercher. Sous le sterno-mastoïdien, en dehors de la rondeur cartilagineuse de la trachée, le long des costoïdes cervicaux, dans la profondeur du cou, il le découvre facilement entouré de sa gaine celluleuse.

« La technique, à cette heure, varie :

Quand la pénétration du corps étranger est de date récente, l'aspect ni l'anatomie des organes ne sont modifiés ; aussi est-il facile avec la sonde cannelée de libérer en dedans par dilacération douce du tissu conjonctif, sans dénuder sa paroi, l'artère carotide désormais confiée à l'écarteur externe (celui qui maintient le sterno et l'omo-hyoïdien).

« Sur les malades dont le corps étranger a séjourné pendant plusieurs semaines dans l'œsophage, les choses se présentent autrement. Il existe une véritable atmosphère inflammatoire autour de la région viscérale du cou, le tissu cellulaire est rouge, il a perdu sa laxité ; en dedans l'artère se confond, d'une manière plus ou moins intime, avec l'ensemble trachéo-œsophagien et, comme je l'ai observé deux fois, peut y adhérer tout à fait. Dans ces cas, il faut libérer l'artère avec prudence.

Chez ma première malade (Obs. II) très certainement et peut-être aussi chez le second (Obs. III) j'aurais déchiré la paroi artérielle, si je n'avais procédé avec beaucoup de ménagement.

Là, je dus laisser en place le paquet vasculo-nerveux, pour ne pas ouvrir la carotide en cherchant

un plan de clivages : ici, je ne pus le reclinier en dehors qu'après une séparation assez délicate qui dénuda l'artère.

« Le faisceau vasculaire étant reconnu, découvert et, si possible, isolé et tiré en haut et en dehors, reste à trouver l'œsophage, juste en avant de la colonne vertébrale, à gauche de la trachée déviée en dedans par la traction de l'écarteur interne. Cet œsophage peut être méconnaissable ainsi que je l'ai observé deux fois. Il m'a été utile d'y glisser par le nez une sonde en caoutchouc vulcanisé.

« Je crois que le seul danger de l'œsophagotomie externe est la blessure du nerf récurrent. Celle-ci est cependant presque impossible à réaliser dans l'opération sur le cadavre.

Quand, en effet, on porte en bas et en dedans la trachée, ainsi que cela se pratique dans l'œsophagotomie, le segment gauche de la face antérieure de l'œsophage se découvre, mais le récurrent n'apparaît pas. Le nerf reste accolé à la trachée ; il se laisse récliner avec elle et, si on veut le trouver, il faut le chercher sous l'écarteur dans le tissu cellulaire péri-trachéal où il chemine au milieu de plusieurs ganglions lymphatiques. On peut même assez récliner la trachée en dedans pour voir toute l'étendue transversale de la face antérieure de l'œsophage ; le récurrent demeure encore obstinément caché sous l'écarteur, même si on opère très bas à la naissance du cou.

« Il en est tout autrement quand il y a des lésions

de péri-œsophagite ; alors, la trachée qui manque de souplesse n'obéit pas à la traction : elle ne laisse pas à découvert la face antérieure de l'œsophage et n'entraîne pas avec elle le nerf récurrent. Pour éviter la blessure de celui-ci, il faut donc le chercher et le découvrir, ce qui n'est pas toujours facile, car il peut, ainsi que je l'ai observé chez celui de mes opérés qui, quelques jours après l'intervention donna des signes d'asphyxie laryngée, être perdu dans le tissu cellulaire enflammé qui entoure l'œsophage et la trachée et se confondre avec lui.

« L'ouverture de l'œsophage doit être pratiquée en arrière et en dehors du nerf ; mais en raison des lésions inflammatoires qui font adhérer la paroi latérale de l'œsophage au point où s'est établi le contact tangentiel du disque métallique avec la carotide, on peut se trouver obligé de rapporter en avant, non loin du récurrent, l'incision de l'œsophage, c'est ce qui m'est arrivé trois fois. D'où la nécessité de voir le nerf pour éviter sa blessure.

« Je n'ai jamais eu de peine à découvrir, à saisir, ni à extraire la pièce de monnaie ; une pince hémostatique ordinaire m'a toujours suffi. »

« Malgré l'amincissement des parois très altérées de l'œsophage et les phénomènes inflammatoires qui se déroulaient autour d'elles, j'ai pratiqué dans toutes mes opérations la suture de ces parois sans y comprendre la muqueuse, ne prenant d'autre soin que de placer un drain dans l'angle inférieur de la plaie des téguments. »

Certains opérateurs préfèrent ne pas suturer l'œsophage craignant que les fils ne coupent au bout de peu de temps des parois altérées du conduit et un peu aussi pour éviter à l'enfant une prolongation de la chloroformisation, que nécessiteraient les difficultés de ce temps opératoire. La suture de l'œsophage abrège d'une façon sensible la durée de la cicatrisation et cet avantage est important au point de vue de l'alimentation surtout chez les enfants.

L'alimentation des petits malades ne peut pas être interrompue et on ne pourra chez eux prescrire comme chez l'adulte la diète pendant les premiers jours qui suivront l'opération ; MM. Sébilleau et Gross ont employé la sonde à demeure pendant six, huit, dix jours.

Lorsque la plaie a été bien suturée, l'absorption des liquides ne présente guère d'inconvénients. Shramm laissa téter son petit malade quelques heures après l'opération, ce qui n'empêcha pas la plaie suturée d'être complètement réunie au bout de huit jours. Maclean, Fischer, Jalaguier, Nové-Josserand, Weiss, ont employé avec succès la compression de la plaie non suturée pendant la déglutition, pour empêcher les liquides de s'écouler par la plaie.

Pendant ces dernières années le nombre des œsophagotomies externes pratiquées a considérablement augmenté. Balacesco et Cohn dans leur récente statistique ont rassemblé 326 cas d'œsophagotomie dont 77 chez des enfants. A ces 77 cas il convient d'ajouter une œsophagotomie pratiquée par M. Sébilleau

et six par M. Bérard, ce qui porte à 84 le nombre de ces interventions chez l'enfant. La plupart sont récentes, 15 seulement étant antérieures à 1890.

Les résultats en sont très satisfaisants, puisque 65 des opérés ont guéri. La mort est presque toujours le résultat de complications pulmonaires ou septiques.

Œsophagotomie intramédiastinale. — Les corps étrangers même bas situés sont, comme nous l'avons vu, presque toujours accessibles chez l'enfant par l'œsophagotomie cervicale. La voie médiastinale a été utilisée une seule fois chez l'enfant et encore l'opération n'a-t-elle pas été complète : nous ne pouvons mieux faire pour décrire la technique opératoire de l'œsophagotomie intra-médiastinale que de transcrire l'observation de Forgue (1).

Il s'agissait d'un enfant de 8 ans qui avait avalé un gros sou trois mois auparavant. Un de nos confrères avait vainement tenté l'extraction du corps étranger avec le panier de Graefe : les manœuvres avaient été pénibles, le corps n'avait pu être chargé sur le panier, l'œsophage avait saigné, et les parents s'étaient refusés à une nouvelle séance. Le Dr Masmejean, de Bessèges, auquel l'enfant avait été ultérieurement conduit, avait jugé prudent de ne point renouveler les tentatives d'extraction. La situation du petit malade motivait bien cette réserve ; l'alimentation était devenue difficile, la déglutition douloureuse et l'enfant ne s'alimentait que de lait ; il avait considérablement maigri et pâli, accu-

1. Forgue. *Nouveau Montpellier médical*, 1898, p. 1197.

sait une douleur thoracique profonde, avec des accès de suffocation et de fréquentes crises de toux quinteuses après lesquelles il expectorait des crachats muco-purulents striés de sang, il présentait des signes de bronchite surtout marqués à droite, et l'on trouvait de ce côté une zone de submatité pulmonaire ; des vomissements alimentaires, auxquels se mêlaient des traces de sang, venaient compliquer le tableau.

Bref, il paraissait net que le sou était fixé dans un point de l'œsophage. Etant donnée cette fixité même d'un corps régulier à contour circulaire, apte, par conséquent à descendre et à circuler, étant donnée aussi la présence de sang dans les expectorations et les vomissements, il était vraisemblable que le sou avait eu le temps de creuser, au niveau de son arrêt, un sillon ulcéreux dans les parois œsophagiennes. Partant, il semblait sage de se garder de toute extraction de vive force, capable d'achever la perforation de l'œsophage, de déterminer dans les plèvres ou dans le médiastin un phlegmon septique, ou même une hémorragie grave par lésion des gros troncs vasculaires. L'insuccès des manœuvres d'extraction tentées par un confrère expérimenté nous paraissait suffisamment démonstratif. Et il était conforme à la pratique actuellement admise pour l'œsophagotomie cervicale de ne point laisser les lésions pariétales s'aggraver, la dénutrition s'accroître par la dysphagie et de procéder à l'extraction par une incision méthodique, aseptique, directe. Deux progrès, récemment acquis, nous y invitaient : d'une part l'étude de médecine opératoire que nous devons à Nasilloff, à Quenu et Hartmann, sur les voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur ; d'autre part, la localisation précise du

point d'arrêt du corps étranger que nous fournit la radiographie.

Les radiographies très nettes, prises par notre collègue, le professeur Imbert, montraient le sou fixé au niveau du quatrième espace intercostal, franchement à droite de la silhouette des corps vertébraux. Cette indication topographique nous décida, envers et contre le précepte de Quenu et Hartmann, qui conseillent d'aborder l'œsophage par le côté gauche, à pénétrer dans le médiastin par une thoracotomie droite. La radiographie fut ici mauvaise conseillère.

L'intervention fut simple et rapide dans les premiers temps : l'enfant étant couché sur le côté gauche, un coussin roulé, glissé sous le thorax, la tête un peu inclinée en avant, je fis une incision verticale de 14 centimètres sur l'angle des côtes, entre la ligne épineuse et le bord spinal de l'omoplate, le milieu répondant à un travers de pouce au-dessous de l'épine scapulaire. En trois coups, l'incision fut, à travers les masses musculaires, conduite jusqu'à la surface des côtes. Les sixième, cinquième et quatrième côtes furent, à la rugine, dénudées de part et d'autre de l'angle, sur une étendue de 5 centimètres et réséquées. L'hémostase des trois artères intercostales étant faite, le thorax était ainsi ouvert par une brèche qui me permit d'introduire les doigts sous le bord interne de la fenêtre thoracique et de commencer le décollement de la plèvre pariétale. Il est remarquable de voir avec quelle facilité et quelle sécurité, se fait, à ce niveau, le clivage du feuillet pariétal de la séreuse, plus épais et plus résistant.

Poursuivant à coup et à bout de doigt mon décollement, j'arrivai ainsi sur le flanc droit des vertèbres dorsales : à un

moment je sentis très nettement la saillie mince du bord droit du sou enclavé. Mais c'était au bout de mes doigts à une profondeur de 8 centimètres environ, dans un foyer obscurci par une légère hémorragie veineuse, que j'éprouvai ce contact, et il m'était impossible et imprudent, à cette profondeur, de vouloir opérer une incision. Je voulus poursuivre le dégagement de l'œsophage et continuai à travailler du bout des doigts, repliés, de façon à suivre la ligne de réflexion de la plèvre médiastinale et à la décoller de la face postérieure et du flanc droit de l'œsophage. Manœuvre infructueuse : je ne réussis qu'à prolonger le décollement en avant des corps vertébraux dans cette nappe de tissu cellulo-graisseux qui se continue avec l'espace cervical, rétro-viscéral, de Henke. Le résultat fut que l'œsophage devint mobile en avant, refoulé avec le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre ; il me fut impossible à partir de ce moment, de palper le contact du rebord du sou, impossible aussi de retrouver le plan de clivage entre l'œsophage et la plèvre. Mes tentatives durent cesser parce que l'enfant, depuis quelques instants, présentait des troubles d'asphyxie chloroformique. Je me contentai de tamponner le médiastin avec un Mikuliez, de placer au point déclive un double drain et de suturer seulement la partie haute de l'incision.

Les suites furent aseptiques et simples ; mais le sou demeurait en même place et la radiographie nous le confirma. A douze jours de là, je décidai une nouvelle tentative. Mais je voulus préalablement essayer l'extraction par les voies naturelles : la thoracotomie faite antérieurement et dont la brèche avait été maintenue par le tamponnement iodoformé me paraissait une garantie rassurante de drai-

nage, vis-à-vis des infiltrations septiques dans le médiastin, s'il arrivait que l'extraction forcée fut suivie d'une perforation œsophagienne ; d'autre part, je comptais, dans le cas où le chargement du corps eût présenté des difficultés, l'aider et le contrôler par l'introduction des doigts dans la brèche. Je n'eus pas besoin de ce dernier secours : j'arrivai à charger le sou sur le panier et à l'amener dehors par une traction forte.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. Sébilleau)

D... Blanche, 2 ans 1/2, est amenée le 5 décembre 1904 à l'hôpital, pour un corps étranger de l'œsophage qui a été dégluti trois jours auparavant.

Depuis ce moment l'enfant a pu déglutir des liquides sans régurgitation ; un médecin ayant interdit les solides, la mère s'est abstenue.

L'extraction du corps étranger est tentée aussitôt après l'arrivée à la consultation. Le petit panier de Graefe est descendu sans difficulté ; lorsqu'il s'agit de le faire remonter on se trouve arrêté et une traction légère ne suffit pas à surmonter l'obstacle.

On attend quelques minutes pour recommencer la tentative. Le panier est redescendu un peu, puis remonté sans pouvoir dépasser le même point. La respiration se trouvant un peu gênée et l'enfant devenant violacée, nouvel arrêt des manœuvres d'extraction.

Avec l'index gauche enfoncé aussi profondément que possible on parvient à sentir la partie métallique, et avec un

effort modéré en continuant à toucher avec le doigt le panier, on peut enfin le sortir. Le corps étranger n'est pas ramené.

A la suite l'enfant tousse un peu ; quelques crachats rouges sont émis : on entend un gargouillement qui se fait au niveau des voies respiratoires.

Dans les heures qui suivent la respiration ne se modifie pas dans sa rapidité, les râles continuent ; l'expectoration est à peine rosée.

Vers 2 heures, tendances syncopales.

A 3 heures, pas d'aggravation, on donne un bain sinapisé ; l'enfant semble sommeiller un peu.

A 4 heures, l'auscultation indique une pluie de râles dans toute la masse pulmonaire, mais ils prédominent manifestement du côté droit qui est entièrement envahi : l'oppression est très grande, nettement pulmonaire et sans bruit laryngé ; le corps est couvert de sueur, le pouls incomptable et le rythme respiratoire extrêmement fréquent ; l'ensemble donne l'impression d'une bronchite capillaire suraiguë qui emporte en effet la malade à la fin de la nuit avec augmentation des symptômes précédents et malgré des bains froids sinapisés et des enveloppements humides répétés. Les râles vers minuit s'étendent à tout le poumon, du côté gauche comme du côté droit, et la percussion dénote une submatité également étendue aux deux côtés et augmentant au fur et à mesure qu'on descend sur le poumon.

Autopsie le 6 décembre.

Après ouverture de la cage thoracique, on ne constate rien dans les plèvres, ni dans le péricarde (ni sang, ni sérosité).

On explore au doigt le conduit œsophagien et on n'y découvre rien d'anormal.

Après incision transversale de la membrane thyro-hyoïdienne, on rabat en avant le pharynx après l'avoir incisé sur lui-même transversalement. Presque aussitôt le sou apparaît; on continue à décoller l'œsophage de la colonne jusqu'au niveau du cardia et on explore ce conduit.

A la partie supérieure la musculuse et la muqueuse sont perforées (perforation postérieure de la dimension du sou) et le sou se trouvait logé entre la musculuse et l'aponévrose qui s'est décollée plus bas encore. Dans le restant de l'œsophage deux ou trois ulcérations de la muqueuse provoquées par le panier. La région aryténoïdienne, la cavité laryngée, la trachée sont normales.

Les poumons surtout à la base sont un peu congestionnés.

OBSERVATION II (Résumée).

Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage.

(Sébileau et Lombard. In *Annales des maladies de l'oreille du larynx, du nez et du pharynx*. Janvier 1903).

Enfant de 3 ans, ayant avalé vingt-cinq jours avant l'opération une pièce d'un sou.

Le corps étranger qui s'était fixé dans l'œsophage déterminait peu de troubles : fonctionnellement, l'enfant souffrait peu et la déglutition des aliments mous se faisait sans gêne apparente ; objectivement, les signes étaient presque nuls : la pression profonde de la base du cou provoquait seulement

un peu de réaction douloureuse. La température était normale.

La radiographie démontra la présence du corps étranger et nous documenta sur sa topographie. Celui-ci apparut nettement sur une épreuve exécutée par M. Dagaincourt, placé de face, au droit du disque qui sépare la dernière vertèbre cervicale pourvue, dans le cas particulier, d'un costoïde rudimentaire, de la première dorsale, la tangente supérieure rasant le bord inférieur de la sixième cervicale, et la tangente inférieure passant par le bord supérieur de la deuxième dorsale.

L'extraction par les voies naturelles ne nous parut pas de mise ; il y avait des chances pour que les parois de l'œsophage fussent sérieusement altérées après vingt-cinq jours de présence dans le conduit, d'un corps étranger qui avait dû exercer sur elle une pression latérale assez intense.

Nous pratiquâmes donc l'œsophagotomie externe.

L'incision fut faite aussi bas que possible et toute l'opération se déroula au-dessous de l'écharpe omo-hyoïdienne. Le lobe thyroïdien ne nous gêna d'aucune manière, placé qu'il était au-dessus de notre champ d'investigations.

Ni l'artère thyroïdienne inférieure, ni cette veine thyroïdienne anormale qu'on voit, dans certains cas, se détacher du lobe thyroïdien pour déboucher dans la jugulaire interne n'apparurent ; l'opération fut tout à fait exsangüe.

Deux difficultés, pourtant se présentèrent qui, si l'opération n'avait pas été conduite très prudemment, auraient pu avoir de sérieuses conséquences : 1^o des adhérences très solides, dont la sonde cannelée ne put triompher, s'étaient établies entre l'œsophage et la paroi de la carotide primitive.

Ces adhérences, qui occupaient une étendue d'un centimètre, siégeaient un peu au-dessus du corps étranger. Sans aucun doute, elles s'étaient établies entre les deux organes, là où avait porté tout d'abord le contact tangentiel du disque de métal ; puis, celui-ci, poussé par le bol alimentaire et les contractions du canal, libéré peut-être par l'amincissement des parois, avait pu accomplir une migration ultérieure de deux centimètres environ ; 2° là où existaient les adhérences, les tuniques étaient très amincies, réduites à la seule muqueuse, et confondues sans qu'on pût retrouver aucun plan de clivage, avec le tissu conjonctif péri-œsophagien au milieu duquel s'étaient accomplies les lésions de défense qui, précisément, avaient englobé la carotide et l'avaient plaquée contre le tube alimentaire.

Ces adhérences carotidiennes furent d'ailleurs respectées ; pour les mieux éviter et pour ne pas inciser l'œsophage dans la zone conjonctive, malade, la ponction de celui-ci fut légèrement portée en avant et intéressa, en fait la paroi antéro-latérale. Malgré cela la suture fut sur un point difficile ; confondue avec les lésions de peri-œsophagite, la paroi très friable, se laissait dilacérer pour le fil.

Le sou fut extrait sans peine à l'aide d'une pince hémostatique ordinaire ; sur une de ses faces, il portait les traces qu'y avait laissées la coulée alimentaire : à cheval sur le bord supérieur du disque, une feuille oscillait, provenant sans doute des infusions « mal passées » qu'avait ingérées la petite malade.

Un drain de sûreté, extérieur à l'œsophage, fut placé dans l'angle inférieur de la plaie. Une sonde en caoutchouc rouge fut introduite dans l'estomac par les fosses nasales.

Et la petite patiente à l'heure actuelle va tout à fait bien. La réunion par première intention a été parfaite sur toute l'étendue de la plaie. La sonde a été retirée le sixième jour. L'alimentation s'opère normalement.

OBSERVATION III (Résumée).

(Due à l'obligeance de M. Sébilleau).

Henri C..., 3 ans, entre le 5 mars 1902 dans le service.

Il a avalé un sou, il y a cinq semaines. Peu de troubles, mais il a éprouvé au début de la difficulté pour avaler les solides, puis le tout s'est amendé et actuellement il n'a que certains mouvements de déglutition douloureux.

Radiographie le 5 : on voit le sou placé verticalement, son bord inférieur à hauteur du bord inférieur des clavicules.

Opération le 6. Les adhérences n'avaient pas atteint la paroi carotidienne, mais seulement la gaine du paquet vasculo-nerveux, la carotide put être isolée et réclinée en dehors. L'œsophage était tout à fait méconnaissable dans le tissu cellulaire infecté et induré et il fut incisé sur les seules données de l'anatomie sans qu'on pût reconnaître ses parois.

La guérison fut un peu retardée par des phénomènes d'infection locale : il s'écoula par la plaie du pus et du lait (lait alimentaire) et il fallut couper deux fils de la suture cutanée. Les accidents furent bénins et le malade put, un mois après l'opération, quitter l'hôpital tout à fait guéri.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. Sébilleau).

Edouard P..., 2 ans, entre le 12 mai 1902, dans le service.

Il aurait avalé une pièce de cinq centimes il y a dix jours. Depuis il a pu continuer à déglutir les aliments liquides mais non les solides.

Radiographie le 12 mai. La pièce se dégage de la région cervicale et s'enfonce légèrement dans le thorax. Elle masque les deux tiers inférieurs de la première dorsale, la deuxième et la troisième dorsale. En bas, son disque affleure la ligne d'attache vertébrale des troisièmes côtes.

Exploration de l'œsophage. Le panier de Graefe est descendu à deux reprises et remonte sans être arrêté.

On prend alors une tige métallique terminée en crochet : le crochet s'engage sous la pièce de monnaie, mais ne peut la désenclaver. La tige est enfoncée de nouveau et dégagée sur la partie latérale.

13 mai. — Œsophagotomie externe. Basse, par le procédé classique. Le produit laryngo-trachéal est refoulé en dedans, le paquet vasculo-nerveux en dehors. Derrière la trachée, l'œsophage est tout à fait méconnaissable, compris dans une sorte de gangue rougeâtre, inflammatoire, qui de la ligne médiane s'étend jusqu'à la gaine vasculaire. Pas d'adhérences entre la paroi œsophagienne et l'artère. Derrière la trachée, dans le tissu cellulaire rouge, je cherche le récurrent que je trouve sans difficulté trop grande.

Derrière lui, j'incise sans pouvoir affirmer que je suis bien

sur la paroi œsophagienne. Un stylet introduit en bas pénètre et m'indique la présence du sou plus bas. J'agrandis l'incision en ménageant avec soin le récurrent, et avec une pince de Kocher je vais chercher le sou que je retire couvert de quelques mucosités. Double plan de suture. Drainage, sonde nasale. La suture œsophagienne tient très mal sur une paroi friable qui se déchire. Suture cutanée partielle.

18 mai. — Premier pansement, on enlève le drain.

Au bout de huit jours les crins sont enlevés la plaie est en bon état.

Le 22 mai. — La sonde nasale est sortie, on essaye de faire déglutir du lait, mais l'enfant s'étant mis ensuite à crier, on constate des bulles blanches qui se forment à la partie inférieure de la plaie qui est un peu désunie à ce niveau.

24 mai. — La température de l'enfant qui a monté depuis le 20 pour atteindre 38°8 est revenue à la normale. On constate un érythème généralisé.

28 mai. — La voix est normale, mais il se produit spontanément des raucités expiratoires semblant traduire un mauvais fonctionnement des cordes vocales.

29 mai. — Gêne respiratoire qui va en augmentant.

30 mai. — Trachéotomie.

La fistule œsophagienne persiste; le lait dans les efforts de vomissement sort par la plaie cutanée dont l'aspect est mauvais. Fétidité du pansement (odeur de lait fermenté). Température élevée. J'ouvre en déchirant la cicatrice au niveau de plusieurs points de suture. Pansement à plat après irrigation d'eau oxygénée.

12 juin. — Tentative d'extraction de la canule, mais, même l'orifice cutané étant libre, le tirage se manifeste rapi-

dement et les bords de la plaie cervicale sont comme aspirés. Cornage. La canule est remplacée de suite. Ce même jour, la sonde alimentaire a été extraite. Le petit malade mange sans que rien ne sorte par la plaie. La plaie tégumentaire est complètement cicatrisée.

3 septembre. — Le malade est pris subitement d'une anxiété respiratoire très grande avec toux paroxystique, dyspnée, battement des ailes du nez, crachats assez abondants et striés de sang rendus par la canule. Pas de fièvre, 36°9 à 37°8. La dyspnée augmente et dure pendant toute la nuit; le lendemain matin les phénomènes précédents cessent brusquement et le malade s'endort. Les jours suivants rien à noter; le malade va bien, mais il subsiste quelques stries sanguines dans les crachats.

A l'auscultation, rien des deux côtés du poumon. On change depuis cette époque la canule trois fois par semaine.

Depuis un mois, léger amaigrissement : peu d'appétit (La canule ne put être enlevée que six mois après l'apparition des accidents qui nécessitèrent la trachéotomie).

OBSERVATION V (Résumée)

(Due à l'obligeance de M. Sébilleau.)

B... Renée, 9 ans. Entrée le 27 octobre 1901.

Le mercredi 22 octobre, vers 5 ou 6 heures, la malade avale en jouant une pièce de 2 francs.

Sur le moment elle ressent une douleur assez vive au niveau du manubrium, mais elle peut continuer à manger comme si de rien n'était.

Après une nuit d'insomnie, le lendemain, elle peut absorber des aliments solides ; elle les vomit aussitôt après la déglutition. Elle se nourrit de lait.

Hier elle va trouver à l'hôpital le Dr Peyrot qui recherche inutilement à retirer la pièce avec le panier de Graefe et envoie l'enfant dans le service afin de faire pratiquer l'œsophagotomie.

L'enfant se présente avec sa radiographie qui montre la pièce au niveau du pédicule pulmonaire.

L'œsophagotomie externe fut pratiquée le 28 octobre.

Il fut impossible de trouver la pièce et plusieurs cathétérismes par la brèche cervicale demeurèrent infructueux. Une radiographie pratiquée séance tenante montra la pièce de monnaie dans l'abdomen.

L'œsophage fut refermé et les suites opératoires furent excellentes.

OBSERVATION VI (inédite).

Due à l'obligeance de M. Sébilleau.

L... Victor, 5 ans. Entre à l'hôpital le 12 janvier 1903.

L'enfant a avalé il y a dix jours une pièce de cinq centimes ; il n'en éprouve aucune gêne ni respiratoire ni phonatoire.

La déglutition est normale chez lui. Il a seulement de temps en temps une sensation légère de gêne, qu'il localise au niveau de la clavicule, mais cette sensation n'est jamais douloureuse.

Après l'ingestion de la pièce l'enfant ne subit aucune tentative pour la retirer.

Le lendemain, son pharynx est examiné à l'aide du miroir,

mais le corps étranger est déjà descendu dans l'œsophage ; l'examen radiographique le montre au niveau de la fourchette sternale. Opération, le 13 janvier 1903.

La radiographie est refaite avant l'opération. Le sou n'a pas changé de place.

Incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Paquet vasculo-nerveux porte en dehors et en dedans, masse trachéo-œsophagienne sur laquelle est appliquée un corps thyroïde volumineux.

L'opération a lieu juste au niveau de la partie inférieure du lobe thyroïdien gauche qui est kystique. Section d'une veine thyroïdienne moyenne débouchant dans la jugulaire interne.

Péricœsophagite : tous les tissus sont rouges, épais, indurés ; on sent dans l'œsophage un corps étranger qui le déforme.

La traction en dedans de la trachée n'entraîne pas le récurrent qui reste accolé à l'œsophage ; la section a lieu derrière lui.

Les parois sont épaissies ; on extrait facilement le sou avec une pince hémostatique.

Suture de la paroi œsophagienne ; la lèvre antérieure de la plaie est près du récurrent, qu'on suit très bien le long de l'œsophage.

La séparation de la carotide s'est faite facilement de l'œsophage.

Le premier jour, alimentation au moyen de lavements : comme ces lavements ne sont pas gardés, on alimente ensuite l'enfant par une sonde nasale.

Le quatrième jour, la température commence à monter : l'enfant tousse un peu et se plaint de douleurs dans le bras gauche : le pansement sent mauvais : on fait sauter les points de suture cutanés.

Les jours suivants tous ces phénomènes augmentent ; enveloppements ouatés, prescription de quinine ; mais malgré la médication active, le malade meurt le 22 janvier, c'est-à-dire neuf jours après l'opération.

Autopsie. — Elle révèle de la cellulité cervicale des lésions broncho-pulmonaires, et une arthrite purulente du coude gauche.

OBSERVATION VII

Un sou depuis neuf mois dans l'œsophage d'un enfant de 4 ans. — Dangers du panier de Græfe. — Fistule œsophago-trachéale. — Œsophagotomie externe. — Mort le quinzième jour par broncho-pneumonie.

E. Denis. (*Bulletin médical de l'Algérie*, 1901).

Le nommé Ali ben M..., âgé de 4 ans, entre à l'hôpital civil de Mustapha, salle Guersant, le 25 juillet 1900. Son père qui nous l'amène, nous dit que l'enfant a avalé un sou il y a neuf mois. Comme il s'agit d'un arabe et que les musulmans n'ont pas la notion du temps, nous faisons préciser les dates. C'est, nous dit-il, deux mois avant le carême des Arabes que l'accident se produisit. Or, l'année 1900, le rhamadan commença le 3 janvier. Nous pouvons donc faire remonter le séjour du sou dans l'œsophage aux premiers jours de novembre 1899. Le sou avalé se voyait bien dans le pharynx et le pharmacien consulté avait donné « quelque chose pour faire rendre le sou ». Le sou avait alors disparu dans la profondeur.

A la consultation de l'hôpital où l'enfant fut amené quelques jours après on avait dit d'attendre. A ce moment-là en effet il n'y avait pas d'accidents. Ceux-ci apparurent pour la première fois il y a un peu plus de trois mois lors de la fête du mouton qui eut lieu cette année-ci le 11 avril. L'enfant avale difficilement ; bientôt il vomit et ces accidents s'accroissent tellement que l'on consulte le Dr Ali. Celui-ci envoie le petit malade à l'hôpital avec le diagnostic : « Sou dans la partie moyenne de l'œsophage ».

Dès le jour de l'entrée, le 25 juillet la radioscopie ne laisse aucun doute sur l'existence du sou et nous le montre situé un peu au-dessous de la fourchette sternale en somme assez bas. Une radiographie est faite.

De suite l'extraction avec le panier de Græfe est tentée sans chloroforme, sans résultat. Le panier accroche bien un peu, mais il est retiré facilement. Nous n'insistons pas.

Le 26 juillet, l'enfant est anesthésié avec le chloroforme et couché sur le dos pour éviter une syncope. Le panier de Græfe est introduit profondément ; mais arrivé à un niveau évalué à peu près à la fourchette sternale, il est arrêté, il ne peut descendre. Il m'est impossible de le dégager, de le retirer. L'enfant est comme pris à l'hameçon. Le doigt, introduit, ne sent pas le panier ; celui-ci dirigé en tous sens ne veut pas venir. Le doigt réintroduit à fond arrive avec peine jusqu'au panier qui est basculé en arrière, accroché à la partie postérieure de l'œsophage, à peu près au niveau où la convexité de la colonne cervicale se continue avec la concavité de la colonne dorsale et on a l'intuition qu'en mettant celle-ci en flexion, en faisant asseoir le malade, on décrochera le panier. Cette simple manœuvre est couronnée de succès.

L'œsophagotomie externe est décidée et pratiquée sur le champ avec l'aide de MM. Claude, interne et Cabanès, externe ; incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, commençant à deux centimètres au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire et remontant jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde (peau, tissu cellulaire sous-cutané et peaucier) ; la veine jugulaire externe est respectée. Ouverture de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien. La sonde cannelée est insinuée sous l'omo-hyoïdien et l'aponévrose moyenne, qui sont incisés au bistouri et réclinés en dedans. L'artère carotide primitive est libérée avec la sonde cannelée dans toute l'étendue de la plaie et confiée à l'index gauche qui ne la quitte plus et l'écarte en dehors. La veine jugulaire interne n'est pas vue. Libération du bord postérieur gauche du corps thyroïde : section et ligature de l'artère thyroïdienne inférieure gauche. La trachée n'est pas vue. Le doigt dans la plaie reconnaît la colonne cervicale et au devant d'elle se voit quelque chose de charnu sur lequel rampe un ruban blanc (le nerf récurrent) et qui ne peut être que l'œsophage. Une sonde à bougie introduite permet de dire à coup sûr que c'est l'œsophage. Je le saisis avec des pinces à griffes de Chaput et incise avec des ciseaux les tuniques musculaires. La petite incision ainsi faite est agrandie en ouvrant les ciseaux. On aperçoit alors la muqueuse bleuâtre qui est à son tour incisée. L'œsophage est ouvert au-dessous du cartilage cricoïde.

Une sonde cannelée introduite par l'ouverture ainsi faite file vers l'estomac de toute sa longueur sans obstacle : à ce moment je constate la sortie de bulles d'air par la plaie et j'en conclus à l'existence d'une communication entre la tra-

chée et l'œsophage. En retirant la sonde on sent qu'elle râcle quelque chose de dur au devant duquel elle passe : en insistant à ce niveau on repère facilement le sou dont le pôle supérieur est à 2 centimètres au-dessous de la fourchette sternale.

Une pince à forcipressure le saisit facilement et je l'extrais doucement. A ce moment des bulles d'air sortent de nouveau par la plaie, et quand, avec la sonde cannelée on soulève la face antérieure de l'œsophage ; la perforation trachéo-œsophagienne doit donc siéger assez bas.

Après l'ablation du sou, il m'a été impossible de réintroduire la sonde cannelée ou tout autre sonde.

L'œsophage n'est pas suturé. La plaie est rétrécie et drainée. Pansement.

Le lendemain je constate que le lait qu'on a fait boire à l'enfant et les mucosités trachéales ont passé par la plaie et souillé le pansement. Les points de suture sont enlevés et la plaie largement béante. L'enfant est alimenté au moyen d'une sonde introduite par le nez et laissée en place. Les jours suivants, le pansement et le mode d'alimentation sont les mêmes. D'abord tout va bien : puis quand les liquides passent dans l'œsophage, la toux se déclare : celle-ci augmente d'intensité, se produit en dehors du passage des liquides et le neuvième jour la fièvre s'allume qui enlève le petit opéré le quinzième jour après l'opération.

L'autopsie montre que le poumon gauche est sain. La base du poumon droit était seule prise et formait une véritable éponge purulente. Il y avait un petit pertuis faisant communiquer l'œsophage avec la trachée, et situé à trois travers de doigt au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde.

OBSERVATION VIII

Guillet. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie de Paris*,
30 juillet 1902. (Rapport par M. Walter).

*Corps étranger de l'œsophage (pièce de 5 centimes) chez
une fillette de 22 mois. Œsophagotomie externe. — Gué-
rison.*

L'accident eut lieu le dimanche 30 juin 1901 à 8 heures du matin. La déglutition de ce corps étranger ne donne lieu à aucun trouble de la respiration ; l'enfant pleure, crie, mais n'a pas de dyspnée.

Les parents témoins de l'accident font venir le médecin de la localité qui administre un purgatif, sans aucun résultat bien entendu. Dans la journée l'enfant peut prendre du lait sans grande difficulté, mais les aliments solides et même les bouillies sont rejetées.

Le lendemain, 1^{er} juillet après une nuit assez calme, l'enfant est conduite à Caen et montrée à un médecin qui pratique le cathétérisme de l'œsophage avec une bougie conique n° 16 sans rencontrer aucun obstacle. La déglutition des liquides est possible, celle des substances épaisses ne peut se faire. L'enfant ne se plaint pas et a conservé sa gaieté. Devant l'insistance des parents qui affirment que le sou a bien été avalé devant eux, le médecin envoie la petite malade à M. le D^r Guillet. Ce dernier la voit le lendemain 2 juillet.

M. Guillet constate que l'enfant crie et se débat dès qu'on palpe le cou. Cette palpation du reste ne donne aucune indication.

L'état général est bon, l'enfant a bien dormi la dernière nuit, a joué à son réveil ; elle est seulement, disent les parents un peu plus irritable qu'à l'ordinaire.

M. Guillet ne tente pas un nouveau cathétérisme, le premier n'ayant rien donné et il fait immédiatement la radioscopie.

L'image du corps étranger est très nette ; le sou est vu de face, par conséquent placé verticalement et transversalement. Il est situé exactement au ras de la fourchette du sternum entre les deux clavicules.

En raison du volume du corps étranger du faible diamètre de l'œsophage, d'un enfant de 22 mois, en raison surtout du temps écoulé depuis l'accident (2 jours 1/2), les bords du sou ayant pu déjà commencer à ulcérer la paroi œsophagienne, M. Guillet pense que l'extraction par les voies naturelles sera peut-être impossible, en tous cas dangereuse et il se décide sur-le-champ, sans hésiter, à faire l'œsophagotomie externe.

Opération (relation de M. Guillet).

Anesthésie au chloroforme.

Incision oblique partant à environ un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche pour aboutir à un travers de doigt au-dessus du cartilage thyroïde en suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien.

Incision de la jugulaire externe entre deux pinces ; dégagement du bord du sterno-mastoïdien que je fais recliner en dehors ; dégagement de la carotide que je fais recliner aussi en dehors avec le muscle. Puis je vais à la recherche de la trachée que je trouve facilement. Immédiatement derrière elle, avec le doigt recourbé en crochet, je constate dans le fond de la plaie l'existence d'un corps étranger qui fait saillie

sous la paroi de l'œsophage. J'incise sur ce corps étranger et je puis facilement ramener à l'extérieur à l'aide d'une pince courbe, le sou qui ne présente aucune altération. Pas de suture sur l'œsophage ; la section est trop profondément située pour que je puisse la tenter : du reste la paroi est en mauvais état et il n'est pas douteux que la suture ne tiendrait pas. Je me contente de mettre un drain au fond de la plaie jusqu'au contact de l'œsophage et je referme la partie supérieure de l'incision cutanée par trois points de suture.

L'opération a duré à peine une demi-heure ; l'enfant l'a bien supportée : elle n'a présenté aucune gêne de la respiration. A son réveil elle crie et la voix est intacte, ce qui prouve que le récurrent n'a pas été intéressé. »

OBSERVATION IX

(Thèse de Malkhassian, recueillie par M. Bichat, dans le service de M. le professeur Weiss).

Corps étranger de l'œsophage (pièce de monnaie de 5 centimes). Œsophagotomie externe chez un enfant de 12 mois. Guérison.

Le 11 mars 1902, l'enfant avale tout à coup une pièce de 5 centimes que venait de lui donner sa mère pour l'amuser. Il est pris aussitôt d'un accès de suffocation assez grave, qui se calme cependant au bout d'un certain temps. Le même jour, l'enfant avale sans difficulté de l'eau et du lait ; mais il rejette immédiatement après l'avoir avalé un peu de pain que lui donnent ses parents.

La nuit suivante se passe sans accident : le 12, l'enfant a,

dans la journée, un petit accès de suffocation qui ne dure pas ; les liquides sont toujours déglutis facilement.

Le petit malade entre à l'hôpital le 14 mars ; la radioscopie aussitôt pratiquée montre que le sou est bien arrêté dans l'œsophage, au niveau de la fourchette sternale et qu'il est placé de champ. L'enfant est chloroformé, et on tente l'extraction du corps étranger, successivement à l'aide du panier de Graefe, du manchon en caoutchouc, de la sonde coudée à l'aide d'un fil fixé à son extrémité. Ces tentatives restent vaines ; les divers instruments employés dépassent bien le corps étranger mais ne le font pas remonter.

Le lendemain il ne s'est produit depuis la veille aucun incident, à la suite des essais d'extraction. Ces essais ayant été assez prolongés et étant restés, comme nous l'avons dit, absolument sans effet, M. le professeur Weiss se décide à ne pas les renouveler et à pratiquer l'œsophagotomie externe.

L'enfant est de nouveau anesthésié à l'aide du chloroforme ; on pratique sur le côté gauche du cou l'incision classique de l'œsophagotomie. L'accès de l'œsophage est particulièrement difficile en raison du peu de place qu'on a chez un enfant aussi jeune. Cependant une fois les vaisseaux réclinés d'un côté et la trachée de l'autre, on arrive à sentir nettement le sou enclavé dans l'œsophage : on fixe le corps étranger, et, en le fixant avec deux doigts, on incise sur lui le conduit sur une petite étendue ; on le saisit alors à l'aide d'une pince de Kocher et on l'extraît.

On ne place pas de sonde à demeure dans l'œsophage et on se contente de panser la plaie.

Les jours suivants on nourrit l'enfant au biberon, et, les

deux premiers jours, il s'en écoule très peu de lait par la plaie cervicale. Le 18 mars, au contraire, la plus grande partie du lait avalé sort par cette plaie : pour que l'enfant se nourrisse, on a soin, à partir de ce moment, d'exercer à ce niveau une bonne compression chaque fois que le petit malade avale son biberon.

Il y a eu un peu de fièvre les deux premiers jours (39° et 38°4) mais, le 18, la température n'est plus que de 37°8.

Le 19 mars, l'enfant tousse un peu. Température 38°.

La percussion indique de la matité au niveau de la base du poumon droit : à l'auscultation on entend des râles fins et un léger souffle, il y a en même temps de la résonnance de la voix. Il y a là un foyer de bronchite avec un peu de congestion. On ordonne aussitôt des cataplasmes sinapisés.

Dès le lendemain, le petit malade va mieux, et le 21 mars, il n'y a plus que quelques râles peu nombreux à la base droite. La température est, le même jour, de 37°,2. Depuis ce matin, il semble que le lait dégluti, qui jusque-là continuait à sortir presque entièrement par la plaie quand on ne prenait pas soin de comprimer cette dernière, a plus de tendance à passer dans l'estomac.

Le 24 mars, il se produit une nouvelle poussée de bronchite. Température, 38°1 ; mêmes signes stéthoscopiques à la base droite que le 19 mars.

Le lendemain, température 38°6 le soir ; cataplasmes sinapisés matin et soir.

Le 26 mars, température 37°4 le matin ; température 37°2 le soir ; les râles ont à peu près disparu et la base droite est de nouveau sonore. Il s'écoule moins de lait par la plaie cervicale.

L'amélioration s'accroît les jours suivants ; il ne se produit plus rien d'anormal du côté de l'appareil pulmonaire ; la plaie se ferme et le lait dégluti tend de moins en moins à sortir par l'ouverture œsophagienne.

Enfin le 8 avril, c'est-à-dire vingt-trois jours après l'opération, la plaie est complètement cicatrisée, et l'enfant quitte l'hôpital quelques jours après, parfaitement guéri.

OBSERVATION X

Œsophagotomie externe pour sou resté dans l'œsophage. —

Présentation du petit malade par M. Boudet, interne des hôpitaux à la Société des sciences médicales de Lyon. *Lyon médical*, 1904, p. 947, t. 103.

Auguste P..., 4 ans, est amené le 4 novembre dans le service de M. le Dr Bérard. Deux jours auparavant, il a avalé en jouant une pièce de 5 centimes. A son entrée on ne constate cependant pas de trouble fonctionnel ; pas de dyspnée, l'enfant ne se plaint pas d'un point douloureux fixe, la déglutition n'est pas gênée : le matin même de son arrivée le petit malade a déjeuné comme d'habitude.

L'inspection de la région cervicale et la palpation de l'œsophage à son niveau ne donnent pas de renseignements. L'examen radioscopique montre que la pièce de monnaie siège au lieu d'élection, c'est-à-dire au-dessous du cartilage cricoïde et un peu au-dessus de la fourchette sternale. Elle est un peu à gauche de la ligne médiane dans une position transversale.

La situation du corps étranger ainsi exactement reconnue,

M. Bérard tente de l'extraire par les voies naturelles : mais le doigt profondément introduit à un ou deux centimètres arrive difficilement à sentir le corps et plusieurs tentatives d'extraction faites avec la pince de Colin restent sans résultat.

L'insuccès de ces manœuvres décide à pratiquer l'œsophagotomie externe. Par une incision de trois à quatre centimètres faite à gauche de la ligne médiane, au-dessus de la fourchette sternale, on arrive sur l'œsophage à l'intérieur duquel on sent facilement le corps étranger. Une incision de quelques millimètres seulement permet de saisir le sou avec une pince et de le retirer.

On constate alors que les parois œsophagiennes sont seulement un peu congestionnées, sans trace ni de sphacèle, ni de réaction périœsophagienne. Pour cette raison, M. Bérard ferme donc complètement par une suture au catgut, la brèche faite à l'œsophage, tandis qu'une mèche de gaze assure le drainage du reste de la plaie.

Les suites opératoires ont été très satisfaisantes : ni accident pulmonaire, ni signes de fistule œsophagienne. La température est restée entre 37° et 37° 4 pendant toute la période de cicatrisation, un seul 38°, deux jours après l'intervention, au moment où l'alimentation a été reprise. La plaie cutanée elle-même s'est fermée rapidement, puisque douze jours après l'opération elle est complètement fermée et que l'enfant peut quitter l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XI

Lemaistre (de Limoges). *Journal de clinique et thérapeutique infantiles*, 10 et 17 juin 1897.

Le 18 novembre 1893, un enfant de 6 mois (né le 17 mai précédent) avala une petite broche en plomb avec laquelle sa mère l'avait laissé jouer. Cette broche avait 3 centimètres (exactement 32 millimètres) de long sur 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de large et un contour irrégulier. L'enfant fut pris aussitôt d'étouffement, d'envie de vomir, devint violacé comme s'il allait asphyxier : la mère effrayée ne sachant à quoi attribuer cet accident, car elle n'avait pas vu son enfant avaler la broche, fit aussitôt demander mon collègue, le Dr Debord, de Subersac (Corrèze) qui sur les renseignements donnés et après un examen sommaire, pensa que l'enfant avait avalé la broche. Puis les accidents formidables du début s'étant calmés, il passa une sonde dans l'arrière-gorge sans y rien trouver d'anormal. Il pensa alors que la broche avait été rejetée, mais on ne put la trouver nulle part.

Les jours suivants, l'enfant devient souffreteux, tête mal, ne peut avaler que très difficilement, dépérit ; M. Debord espère toujours que le corps étranger a été rejeté parce que rien ne signale sa présence du côté de l'œsophage. Enfin, au douzième jour, l'état de l'enfant devenant précaire, il conseille aux parents de me l'amener à Limoges qui est éloigné de 60 kilomètres, et où la mère et l'enfant arrivent le 29 novembre.

En examinant l'enfant, fort pour son âge, il me fut impos-

sible de sentir le corps étranger par la palpation du cou, qui était court et gros.

En introduisant le doigt par la bouche, dans le pharynx, je sentis au bout, plus loin que le cartilage cricoïde, quelques aspérités dures que je rapportai à la présence du corps étranger. En quoi j'eus raison comme je le vis directement plus tard. J'essayai alors de le saisir avec une pince, mais aucune de celles que j'avais à ma disposition n'ayant la courbure voulue, je dus y renoncer. Je jugeai inutile de renouveler mes tentatives pour une autre raison : étant données les aspérités de la broche et la durée relativement longue de son séjour, je craignais qu'elles n'eussent pénétré dans les parois de l'œsophage et de déchirer celle-ci en tirant sur le corps étranger. Je résolus donc d'extirper celui-ci en pratiquant l'œsophagotomie externe. Mais la mère ne voulut pas accepter une opération avant d'avoir consulté son mari ; elle repartit donc le soir même pour Subersac, d'où elle revint 48 heures après avec l'autorisation demandée.

Le 2 décembre, je pratiquai l'opération ainsi qu'il suit en prenant toutes les précautions antiseptiques :

L'enfant chloroformé, je fis, suivant le bord du sterno-cléido-mastoïdien, avec le thermo-cautère pour éviter toute perte de sang, vu l'état de faiblesse de l'enfant, une incision d'environ 6 centimètres depuis le bord inférieur de la mâchoire jusqu'au sternum. Je divisai successivement la peau et le peaucier qui étaient très épais, l'aponévrose et les muscles plats sous-hyoïdiens ; puis je séparai avec la sonde cannelée les tissus sous-jacents, en repoussant en dedans le corps thyroïde que je contournai avec soin, tout

en attirant les gros vaisseaux en dehors, sans ouvrir leur gaine.

Au-dessous du cartilage cricoïde, je sentis avec le doigt le corps étranger. Je mis à nu l'œsophage dans l'étendue de ce corps qui me servit de conducteur. L'œsophage que je trouvais à environ 4 centimètres de profondeur, était aminci, distendu par la broche, mais en aucun point je ne trouvai ni ulcération, ni inflammation de voisinage. J'incisai dans l'étendue de 2 centimètres environ, au niveau de l'extrémité supérieure du corps étranger, que je saisis avec une pince et que je fis sortir facilement du conduit alimentaire. La broche se présentait par sa tranche, la face antérieure tournée en avant, élargissant considérablement l'œsophage qui, à cet âge, n'a que 7 millimètres de largeur, tandis que la broche avait 1 centimètre $1/2$ de large.

L'œsophage revenu sur lui-même avait l'aspect d'un gros vers de terre aplati, je fis deux points de suture au catgut, comprenant toute l'épaisseur de la paroi de l'œsophage. Hémostase facile ayant ouvert en route une artériole qui me parut être la thyroïdienne supérieure, que je pinçai et liai ensuite.

Drainage avec une bande de gaze iodoformée que je ramenai dans l'angle inférieur de la plaie. Deux points de suture d'argent à la partie supérieure. Pansement légèrement compressif avec la gaze iodoformée et l'ouate hydrophile.

Aussitôt après l'opération qui avait duré une vingtaine de minutes, l'enfant se réveilla, mais ne commença à téter que le soir. Malgré mes instances et un froid très vif, la mère retourna le jour même avec l'enfant dans son pays.

L'enfant a eu un peu de fièvre le premier et le deuxième

jour. Le lendemain le lait s'écoulait par la plaie en assez grande quantité, mais dès le troisième et le quatrième jour l'écoulement diminuait et le 8 décembre il s'en écoulait peu par la plaie du cou.

Toutes les fonctions s'exécutent bien ; l'enfant dort suffisamment. Le dépérissement a cessé, les deux points de suture superficiels sont tombés, la plaie commence à granuler.

Le 11 et le 12 décembre, on donne à l'enfant du tapioca au lait et il sort quelques parcelles par la plaie ; néanmoins, le bourgeonnement des deux lèvres de cette plaie se fait rapidement et le 13 l'écoulement du lait a cessé complètement ; la réunion profonde s'est opérée.

A partir de ce moment deux ou trois jours suffisent pour que la cicatrisation soit complète. Le pansement a toujours été fait avec de la gaze iodoformée et de l'ouate.

J'ai revu l'opéré le 15 août 1896 ; il a maintenant 3 ans et 4 mois : c'est un enfant vigoureux mangeant de tout sans aucune gêne.

On voit au cou une cicatrice linéaire un peu large, blanche, d'environ sept centimètres de long ; elle s'est allongée avec le cou, la peau n'est pas adhérente aux couches sous-jacentes et l'on y sent aucune induration. A force de se mouvoir, peau, larynx et œsophage ont empêché les adhérences de se former,

CONCLUSIONS

I. — Les corps étrangers de l'œsophage sont relativement fréquents chez les enfants. Les troubles immédiats qu'ils provoquent sont plus ou moins marqués ; bien souvent les symptômes réactionnels sont très légers, mais cette bénignité n'est qu'apparente et ne doit pas nous pousser à temporiser.

II. — Tout porteur de corps étranger devra en être débarrassé rapidement, car les lésions produites par sa pression prolongée sur les parois œsophagiennes peuvent être des plus graves.

III. — L'extraction par les voies naturelles ou la propulsion ne sont indiquées que pour les corps étrangers lisses, réguliers, dépourvus de toute aspérité et d'un volume restreint ; ces manœuvres ne seront tentées que dans les premiers jours consécutifs à l'accident, avant que le processus inflammatoire n'ait trop profondément altéré les parois de l'œsophage.

IV. — L'emploi du panier de Græfe doit être très réservé chez les enfants ; sa forme et son volume en font un instrument difficile et dangereux à manier dans un conduit aussi étroit que l'œsophage infantile. S'il a donné de bons résultats, on n'oubliera pas qu'on lui doit de nombreux accidents.

V. — Toutes les fois qu'il s'agira d'un corps étranger irrégulier, muni d'aspérités, ou que la durée de son séjour fera craindre des altérations graves des parois de l'œsophage, l'œsophagotomie externe sera pratiquée d'emblée, sans avoir recours aux tentatives d'extraction par les voies naturelles.

VI. — L'œsophagotomie externe est une opération bénigne, parfaitement réglée, dont les résultats seront d'autant meilleurs qu'elle aura été plus précoce.

Vu : le Président de la thèse,

LE DENTU

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BALACESCO et COHN. — L'œsophagotomie externe cervicale comme traitement des corps étrangers de l'œsophage. *Revue de Chirurgie*, septembre et octobre 1904, janvier et février 1905.
- BÉRARD. — *Lyon médical*, 1904, premier semestre, p. 1287.
— *Lyon médical*, 1904, deuxième semestre, p. 947.
- BERGER. — *Revue de Chirurgie*, 1893, p. 529.
- BOILEAU. — Observations de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. *Archives générales de médecine*, Paris, 1830, tome XXIII, p. 528.
- BRIAIS. — Thèse de Paris, 1897.
- BROCA. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 2 décembre 1896, p. 759.
- BULL. — *Medical Record*, 6 mars 1897, p. 330.
- CHANNAC. — Thèse de Lyon, 1901.
- CHAUVEAU et CHICOTOT. — *Journal de Clinique et de thérapeutique infantiles*. Paris, 1898. VI, 1005.
- CURTILLET. — *Bulletin médical de l'Algérie*, juin 1903.
- CURTIS. — *Bull. Medical Record*, 1897, p. 334.
- DENIS. — *Bulletin médical de l'Algérie*, 1901, p. 50.
- FÉLIZET et BRANCA. — In *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby, tome V, 1904.
- FISCHER. — *Die Œsophagotomie bei Fremdkörpern*, *Zeitschrift. f. chir.*, 1887, t. XXV, p. 565 et *Zeitschrift. f. chir.*, 1888, t. XXVII, p. 273.
- FORGUE. — *Congrès Français de chirurgie*, 1898, p. 220.
- FRÉLICH. — De l'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage. *Archives provinciales de chirurgie*, 1894, p. 698.
— *Société de médecine de Nancy*, 1902.
— *Revue médicale de l'Est*, 15 mai 1902, p. 325.
- GAILHAC. — Thèse de Toulouse, 1904.
- GROSS. — De l'œsophagotomie externe pour extraction de corps étrangers de l'œsophage. *Semaine médicale*, 1891, 11 février, p. 45.
- G. GROSS. — De l'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage chez les enfants. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, t. XXI, février 1903.
- GUILLET. — *Bulletins et mémoires de la Société de*

- Chirurgie de Paris (Rapport par M. Walter),
30 juillet 1902.
- JALAGUIER. — Bulletins et mémoires de la Société de
Chirurgie de Paris, 15 décembre 1897.
- KALLIONZIS et TSAKONA. — Bulletins et mémoires de
la Société de Chirurgie de Paris (Rapport de
M. Tuffier, 1903, p. 287).
- KIRMISSON. — Bulletin de la Société de Chirurgie,
26 juillet 1899, p. 187.
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence, 1904, 4^e édition, p. 190.
- LANNELONGUE. — Sur 18 cas de corps étrangers de l'œsophage chez les enfants. Bulletins de la
Société de Chirurgie, 1880, p. 309.
- LEMAISTRE. — Journal de Clinique et de Thérapeutique
infantiles, 1897, 10 et 17 juin.
- LESBINI. — Thèse de Paris, 1873.
- MALKHASSIAN. — Thèse de Nancy, 1902.
- MONDIÈRE. — Observations sur les accidents déterminés
par le séjour des corps étrangers dans l'œsophage. Archives générales de médecine. Paris,
1830, t. XXIV.
- MONNIER. — Gazette des Hôpitaux, 1898, p. 598.
— Revue mensuelle des maladies de l'enfance,
octobre 1883.
- MOUTON. — Thèse de Paris, 1874.
- PÉAN. — Bulletin de l'Académie de médecine, 8 décembre 1895.
- PIAGET. — Bulletin médical, 1902, p. 469.
- POIRIER. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 26 juillet 1899, p. 787.
- REBOUL. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1898,
p. 574.
- SABADINI. — Bulletin médical de l'Algérie, juin 1903.
- SCHRAMM. — Wiener med. Wochenschrift, 7 décembre 1895.
- SÉBILEAU. — Annales des maladies des oreilles, du
larynx, du nez et du pharynx, janvier 1901.
— Bulletin de la Société de Chirurgie, 1903,
p. 43-57.
— Bulletin de la Société de Chirurgie, 14 et
21 décembre 1904.
- SIROT. — Thèse de Lyon, 1899.
- TERRIER. — Thèse de Paris, 1880.

LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE
DU PTOSIS

PAR LA
MÉTHODE DE PARINAUD

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Doyen honoraire..... M. BROUARDEL.
Professeurs honoraires.. MM. DUPLAY, FARABEUF,
FOURNIER, JACCOUD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.....	SEGOND.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM:
Clinique médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
	GAUCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	LE DENTU.
Clinique des maladies nerveuses.....	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique chirurgicale.....	DE LAPERSONNE
	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PINARD.
Clinique des voies urinaires.....	BUDIN.
Clinique d'accouchements.....	POZZI.
Clinique gynécologique.....	KIRMISSON.
Clinique de chirurgie infantile.....	

Agrégés en exercice.			
MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS	POTOČKI.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, Chef des
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	travaux anatomiques.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS	MORESTIN.	WALLICH.

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.